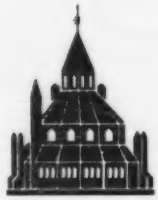
PRB 00-35E



Library of Parliament | Bibliothèque du Parlement

REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES: SURROGACY, AND EGG AND SPERM DONATION

Sonya Norris
Science and Technology Division

8 February 2001

PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE

The Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE OF CONTENTS

REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES: SURROGACY, AND EGG AND SPERM DONATION

Page

INTRODUCTION 1

GAMETE DONATION 1

A. Sperm Donation 2
B. Egg Donation 3

SURROGACY 4

A. Reasons for Surrogate Use 4
B. Commercial vs. Non-commercial Arrangements 5
C. Genetic vs. Gestational Surrogate 5
D. Issues Raised When Considering Surrogacy 5
1. Arguments Against Pre-conception Arrangements 5
2. Arguments in Support of Pre-conception Arrangements 6
E. Regulation of Surrogacy in Canada 6

CHRONOLOGY OF CANADA'S ACTIONS WITH RESPECT TO NRTS 7

CONCLUSION 8

SELECTED REFERENCES 8

101-06491/

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES: SURROGACY, AND EGG AND SPERM DONATION

INTRODUCTION

Twenty years ago, the only reproductive technologies available to infertile couples were artificial insemination and *in vitro* fertilization. In the past two decades, there has been an explosion of reproductive and genetic technologies that can offer a multitude of options both to infertile couples and to those not wanting to pass on inheritable conditions to their offspring. The scientific, medical, ethical and legal communities have struggled to keep pace with the challenges posed by these advances.

Many of the new reproductive technologies (NRTs) available are briefly described in *Reproductive Infertility: Prevalence, Causes, Trends and Treatment*, a 2001 Library of Parliament publication. This paper will provide an overview of the practices of donating gametes (eggs and sperm) and surrogacy, and will outline the steps taken by Canada thus far to regulate these practices.

GAMETE DONATION

Gametes – the reproductive cells of both men and women – are the male sperm and the female eggs (or ova). Sperm, or semen, banks for donated sperm have been in existence for a number of years as donated sperm was requested for use in artificial insemination and *in vitro* fertilization procedures. Egg donation, however, is a much more recent phenomenon due to the significantly more elaborate techniques required to extract eggs from a woman's ovaries.

A. Sperm Donation

The only regulation of reproductive technologies in Canada at this time is for the donation of semen samples for use in artificial insemination or *in vitro* fertilization. The 1996 *Semen Regulations* (*The Processing and Distribution of Semen for Assisted Conception Regulations)* of the *Food and Drugs Act* were updated in March 2000. Semen falls within the definition of a drug if it is used for assisted conception.

Semen donors are usually anonymous and undergo rigorous screening for medical and genetic diseases for all sexually transmitted and other infectious diseases including AIDS and hepatitis. All donations must be quarantined for six months and the donor re-tested at this time to ensure samples are negative for the viruses which lead to these diseases. The Semen Regulations also stipulate that if a donated sample has a high white blood cell count, it must be destroyed, as this is often indicative of a viral or bacterial infection. Potential recipients of donated sperm can obtain non-identifying information of the donor including his personal and family health history.

Donations of sperm may be requested to overcome infertility in couples where the man has no sperm production or the sperm count is so low that pregnancy is improbable. Single women and lesbian couples also take advantage of donated sperm in order to conceive.

In July 1999, Health Canada recommended that recipients of donated sperm should be notified and advised to be re-tested for a number of infectious agents. This recommendation followed a Health Canada inspection of Canadian semen banks, which revealed deficiencies in testing as well as non-compliance with regulations.

The discovery of these inconsistencies also resulted in Health Canada directing all non-compliant sperm banks to quarantine all affected donations until they could prove their compliance. Health Canada also initiated at this time, in collaboration with the Canadian Fertility and Andrology Society and the Canadian Standards Association, a review of the guidelines in the Semen Regulations. The updated testing requirements came into effect 14 March 2000. Some of the more significant changes to these regulations included mandatory screening of donors for transmissible spongiform encephalopathies (including Creutzfeldt-Jakob Disease) and for encephalitis.

B. Egg Donation

Egg donation is a product of *in vitro* fertilization (IVF) technology. In IVF, multiple eggs are stimulated to grow via hormone therapy (controlled ovarian hyperstimulation) and are then harvested from the woman. Retrieval of the eggs requires sedation as the eggs are removed vaginally with the use of a needle. The mature eggs are subsequently fertilized outside of the body and allowed to grow for a few days. The resulting embryos are then inserted into the uterus (a maximum of three, usually) and will be followed by implantation and pregnancy if the procedure is successful.

The egg harvesting technique developed for IVF has subsequently been used for the donation of eggs, in the same way as sperm has been used for donation purposes for decades. Donated eggs, from either known or anonymous donors, can be used to overcome infertility in women who: lack ovaries; have diminished ovarian function; or have a genetic disease or a history of genetic disease.

Egg donation, however, is considerably more complicated than sperm donation. In addition to the complex procedure for egg harvesting, eggs are also less amenable to storage than are sperm. Unlike the banking of sperm donations, no such banks exist for egg donations. Eggs are used immediately after retrieval and are fertilized *in vitro*. Resulting embryos are more easily stored than eggs and can either be implanted or stored cryogenically for an extended period of time.

Potential egg donors are carefully screened before being accepted. Most clinics require volunteers to submit to:

- a physical examination;
- blood tests for infectious agents and cervical cultures to test for sexually transmitted diseases;
- a medical history (personal and family); and
- psychosocial evaluation both for the health of the donated gametes and to evaluate the psychological impact on the donor of giving up gametes.

Many fertility clinics in Canada offer egg donation services. Although Canada has no legislation to deal with egg donation, some clinics adhere to the wording of Bill C-47, the reproductive technologies legislation that died on the *Order Paper* when the 1997 federal

election was called. This legislation would have prohibited the commercialization of egg donation. Although it did not prohibit the practice of egg donation, the legislation would have prohibited the payment of anonymous egg donors and the advertisement of such services. The bartering system is in use in some fertility clinics. In some cases, women are offered IVF services in exchange for some of their eggs. Many argue that this practice exploits less affluent women. On the other hand, IVF patients are already committed to the egg retrieval process, unlike anonymous volunteers who are exposed to a certain amount of risk with no personal gain.

SURROGACY

Surrogacy is also referred to as a pre-conception arrangement, or contract motherhood, and is one of the more ethically volatile categories of the NRTs. Although this practice is not as common in Canada as it is in the United States, a number of Canadian fertility clinics offer the service or counselling with this approach. There are different types of arrangements. The surrogate may either be artificially inseminated with the sperm of the commissioning father and will become the genetic mother (genetic surrogate), or she may have an embryo produced through IVF of the commissioning couples gametes, in which case the surrogate provides only the womb for gestation and makes no genetic contribution (gestational surrogate). The surrogate arrangement may or may not involve the use of a broker, or lawyer, with accompanying fees.

A. Reasons for Surrogate Use

Women who are unable to overcome their infertility through other NRTs may opt for use of a gestational or genetic surrogate in order to obtain an infant. Some medical conditions – such as diabetes, heart problems or severe high blood pressure – may also prevent an otherwise fertile woman from carrying a baby to term. However, most people have heard accounts of surrogates being commissioned simply because the commissioning couple does not wish to submit to the months of pregnancy and labour of delivery. There is little, if any, existing documentation on which to estimate the proportion of each of these, or other, reasons.

B. Commercial vs. Non-commercial Arrangements

These two categories of surrogacy essentially separate the purely altruistic practice from the business arrangement. In commercial pre-conception arrangements, the surrogate receives payment for her services in the form of fees and expenses. In non-commercial arrangements, frequently between family members or close friends, one woman offers to carry a baby for the other, with no contract required and no financial compensation requested.

C. Genetic vs. Gestational Surrogate

A genetic surrogate essentially donates her own egg and is inseminated with the sperm of the commissioning man. This sort of surrogacy has been used, in some form, since the beginning of time. Women who have had hysterectomies, or perhaps are older, or have experienced premature menopause may elect to solicit a genetic surrogate.

A gestational surrogate has an embryo inserted into her uterus following IVF. The embryo is produced with the egg and sperm of the commissioning couple, or in some cases, donated gametes. A couple may choose to request a gestational surrogate when the woman has no uterus or is unable to carry a pregnancy to term. Success rates of pregnancy are generally higher for artificial insemination than for IVF, and therefore by extension genetic surrogacy is generally more successful than gestational surrogacy.

D. Issues Raised When Considering Surrogacy

1. Arguments Against Pre-conception Arrangements

Surrogacy is much more common in the United States than it is in Canada. Arguments against the practice therefore frequently draw upon the U.S. experience. Some people believe that pre-conception agreements, specifically commercial ones, have the potential to exploit women. Typically these arrangements are between older, well-educated and affluent commissioning couples and younger, less educated and poor women. Many feel that this will exploit the women who will be lured by the fees offered but who will not appreciate the risks involved, both physical and psychological. The U.S. experience also suggests that surrogates may be "imported" from other countries solely for the purpose of surrogacy and then subsequently returned to that country.

Another issue raised by those who oppose the practice of surrogacy is the commodification of babies. Those who oppose the practice contend that, simply stated, a commercial pre-conception arrangement is a business transaction in which a child is a product that is sold by the surrogate and purchased by the commissioning couple, or individual. Many suggest that inevitably there will be commissioning couples who will refuse to accept the infant if it doesn't meet their specifications.

Some see pre-conception arrangements as a means of marketing reproduction. The practice attempts to attach a commercial value on the reproductive process and by extrapolation, on a woman in her capacity to reproduce. Opponents of surrogacy see these and other issues as harmful to individuals, families and society. They feel that ultimately legitimizing the practice would result in a lack of respect for the sanctity of life.

2. Arguments in Support of Pre-conception Arrangements

Supporters of surrogacy argue that the practice provides a valuable option to women who are medically unable to carry a child. Many people believe that surrogacy is merely another way to treat infertility. Others feel that couples have the right to reproduce without the interference of government and that a woman has the right to choose to be a surrogate if she gives informed consent.

Some people believe that commercial arrangements should be separated from the non-commercial ones. They suggest that although commercial pre-conception arrangements may be unacceptable, the altruistic practice should be permitted as it does not commodify infants or exploit underprivileged women like its commercial counterpart.

E. Regulation of Surrogacy in Canada

At this time, surrogacy is not regulated by legislation. Although surrogacy is legal in Canada, fertility clinics advise clients to seek legal counsel before entering any surrogacy agreements. Health Canada produced a discussion paper in 2000, outlining proposed prohibited practices for a proposed reproductive technologies bill. This would have included commercial surrogacy – the practice itself, advertising for it, or being a broker or lawyer affiliated with it. At this time, any contract produced for a commercial surrogacy arrangement can be enforced through contract law.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

CHRONOLOGY OF CANADA'S ACTIONS WITH RESPECT TO NRTS

Since the 1993 Royal Commission on New Reproductive Technologies report, the federal government has taken several actions, but few with any regulatory outcome. These include:

1993-1996 – Federal/Provincial/Territorial Working Group on Reproductive and Genetic Technologies (RGT) was established to advise the Deputy Ministers of Health.

1995 – Interim moratorium on specific RGTs was announced; this voluntary moratorium applied to: buying and selling of eggs, sperm and embryos; egg donation in exchange for *in vitro* fertilization services; germ-line genetic alteration; human embryo cloning; retrieval of eggs from cadavers and fetuses, etc.

1996 – Advisory Committee on Reproductive and Genetic Technologies was established to advise Health Canada on moratorium compliance and other developments.

1996 – Regulations for the processing and distribution of semen for assisted conception implemented.

1996 – Bill C-47, The Human Reproductive and Genetic Technologies Act, was introduced to prohibit unacceptable RGT practices including the commercialization of gametes and embryos, surrogacy, cloning, non-medical sex selection, maintenance of embryos outside the womb, post-mortem retrieval of gametes, embryo transfer between human and other animals, research on gametes or embryos without donor consent, etc.

1996 – Minister of Health released a discussion paper entitled *New Reproductive and Genetic Technologies: Setting Boundaries, Enhancing Health*, proposing a regulatory framework for national standards on permissible practices such as *in vitro* fertilization, donor insemination, use of fetal tissue, storage and donation of gametes and embryos, and embryo research including pre-implantation diagnosis.

1997 – Bill C-47 died on the *Order Paper* at the call of the 1997 federal election.

1997 – Canada signed the UNESCO Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, which also agreed with the G-7 position on the need for a prohibition of nuclear transfer for human cloning.

1998 – Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans produced by the Medical Research Council, the Natural Sciences and Engineering Research Council, and the Social Sciences and Humanities Research Council.

1999 – Health Canada issued an overview paper on reproductive and genetic technologies (RGTs) to further the discussion on the proposed approach and management of a regulatory framework.

2000 – Guidelines for semen donation were updated.

2000 – Health Canada produced a discussion paper regarding possible new legislation dealing with RGTs.

CONCLUSION

This paper has offered an overview of gamete donation and pre-conception arrangements. Although sperm donation and pre-conception arrangements, in various forms, have been practised for some time, egg donation is a relatively new option. In Canada, at this time, sperm donation and storage is the only one of these practices which is regulated and this comes under the authority of the *Food and Drugs Act*.

SELECTED REFERENCES

Health Canada.

- "Potential risks of disease transmission by donated semen." News release. July 1999.
- *Guidance for the Interpretation of Sections 2 to 5 of the Canadian Fertility and Andrology Society 2000 Guidelines for Therapeutic Donor Insemination*. Ottawa: Therapeutic Products Programme, Health Canada, 25 May 2000.

Norris, Sonya. *Reproductive Infertility: Prevalence, Causes, Trends and Treatments*. In Brief (PRB 00-32E). Ottawa: Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, 2 January 2001.

Royal Commission on New Reproductive Technologies. *Proceed With Care*. Final Report. Ottawa: Minister of Government Services Canada, 1993.

Websites.

- Advanced Reproductive Technologies: www.baby-makers.com
- Genesis Fertility Centre: www.genesis-fertility.com

PRB 00-35F

Library of Parliament / Bibliothèque du Parlement

TECHNIQUES DE REPRODUCTION : MATERNITÉ DE SUBSTITUTION, DON D'OVULES ET DE SPERME

Sonya Norris
Division des sciences et de la technologie

le 8 février 2001

PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN ANGLAIS

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

INTRODUCTION 1

DON DE GAMÈTES 1
A. Don de sperme 2
B. Don d'ovules 3

MATERNITÉ DE SUBSTITUTION 4
A. Raisons pour lesquelles on fait appel à une mère porteuse 5
B. Accords commerciaux et non commerciaux 5
C. Mère porteuse génétique et non génétique 5
D. Questions soulevées par la maternité de substitution 6
1. Arguments à l'encontre des contrats de maternité de substitution 6
2. Arguments en faveur des contrats de maternité de substitution 7
E. Réglementation de la maternité de substitution au Canada 7

CHRONOLOGIE DES MESURES PRISES AU CANADA RELATIVEMENT AUX NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION 8

CONCLUSION 9

RÉFÉRENCES CHOISIES 9

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TECHNIQUES DE REPRODUCTION : MATERNITÉ DE SUBSTITUTION, DON D'OVULES ET DE SPERME

INTRODUCTION

Il y a vingt ans, les seules techniques de reproduction auxquelles avaient accès les couples inféconds étaient l'insémination artificielle et la fécondation *in vitro*. Au cours des deux dernières décennies, on a assisté à une explosion des techniques de reproduction et de génétique qui offrent maintenant une multitude d'options tant aux couples inféconds qu'à ceux qui ne souhaitent pas transmettre une maladie héréditaire à leurs enfants. Ces percées soulèvent énormément de questions sur lesquelles les communautés scientifique, médicale, juridique et éthiques doivent se pencher.

Un grand nombre des nouvelles techniques de reproduction qui sont maintenant offertes sont décrites brièvement dans *Infertilité : Prévalence, causes, tendances et traitements*, une publication de la Bibliothèque du Parlement. Nous présenterons ici un aperçu des pratiques que sont le don de gamètes (ovules et sperme) et la maternité de substitution et indiquerons les mesures prises par le Canada jusqu'ici pour réglementer ces pratiques.

DON DE GAMÈTES

Les gamètes sont les cellules reproductrices des hommes et des femmes. Les spermatozoïdes sont les gamètes mâles tandis que les ovules (ovocytes) sont les gamètes femelles. Les banques de sperme qui reçoivent les dons de spermatozoïdes existent depuis un certain nombre d'années étant donné que les dons de sperme étaient nécessaires pour les techniques d'insémination artificielle et de fécondation *in vitro*. Les dons d'ovules représentent toutefois un phénomène bien plus récent en raison des techniques beaucoup plus complexes qui doivent être utilisées pour extraire les ovules des ovaires de la femme.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

A. Don de sperme

Le seul règlement sur les techniques de reproduction qui soit en vigueur au Canada actuellement est celui qui porte sur le don de sperme destiné à l'insémination artificielle ou à la fécondation *in vitro*. Le *Règlement sur le sperme* de 1996 (*Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée*) de la *Loi sur les aliments et drogues*, a été mis à jour en mars 2000. Le sperme fait partie de la définition d'une drogue lorsqu'il est utilisé pour la procréation assistée.

Les dons de sperme se font habituellement de façon anonyme, et les donneurs subissent des épreuves rigoureuses de dépistage de maladies et de tares génétiques, de toutes les maladies transmissibles sexuellement et d'autres maladies infectieuses, telles que le sida et l'hépatite. Tous les dons doivent être conservés pendant six mois et, après ce délai, le donneur doit subir de nouveaux tests qui sont destinés à déterminer qu'il n'est pas porteur des virus de ces maladies. Le *Règlement sur le sperme* dispose également que si un échantillon de sperme contient un nombre élevé de leucocytes, il doit être détruit, étant donné qu'il s'agit souvent d'un signe d'une infection bactérienne ou virale. Les femmes qui reçoivent les dons de sperme peuvent obtenir certains renseignements sur le donneur, dont ses antécédents médicaux personnels et familiaux, mais aucune donnée qui soit de nature à l'identifier.

Les dons de sperme peuvent être utilisés pour surmonter un problème d'infécondité dans des couples où l'homme ne produit pas de spermatozoïdes ou dont le nombre de spermozoïdes est si faible que la grossesse est improbable. Les femmes célibataires et les couples de lesbiennes ont également recours au don de sperme pour concevoir.

En juillet 1999, Santé Canada a recommandé que les femmes qui ont reçu des dons de sperme soient contactées et invitées à subir de nouveaux tests de détection de certains agents infectieux. Cette recommandation faisait suite à une inspection par Santé Canada des banques de sperme canadiennes, qui a révélé certaines lacunes dans le processus de contrôle ainsi que des infractions au *Règlement*.

Après la découverte de ces problèmes, Santé Canada a exigé que les banques de sperme en infraction mettent en quarantaine tous les dons de sperme visés jusqu'à ce qu'elles puissent prouver que les problèmes avaient été corrigés. C'est alors que Santé Canada, en collaboration avec la Société canadienne de fertilité et d'andrologie et l'Association canadienne de normalisation, a entrepris d'examiner les lignes directrices contenues dans le Règlement sur le

sperme. Les nouvelles exigences en matière de dépistage sont entrées en vigueur le 14 mars 2000. Parmi les principales modifications apportées à ce règlement, on peut mentionner le dépistage obligatoire des encéphalopathies spongiformes transmissibles (y compris la maladie de Creutzfeldt-Jakob) et de l'encéphalite chez les donneurs.

B. Don d'ovules

Le don d'ovules est issu de la technique de fécondation *in vitro* (FIV). Dans la FIV, on administre à la femme des hormones pour stimuler la production de plusieurs ovules (hyperstimulation ovarienne contrôlée) et on prélève ensuite ces ovules. Il faut recourir à la sédation pour récupérer les ovules étant donné qu'ils sont retirés par voie vaginale à l'aide d'une aiguille. Les ovules matures sont alors fertilisés à l'extérieur de l'organisme puis on les laisse se développer pendant quelques jours. Enfin, on introduit les embryons dans l'utérus (en général trois au maximum), où ils s'implanteront et se développeront si l'intervention est réussie.

La technique de prélèvement des ovules mise au point pour la FIV a ensuite été utilisée pour le don d'ovules, de la même façon que l'on effectue des dons de sperme depuis des décennies. Les ovules donnés, qu'ils proviennent de donneuses connues ou anonymes, peuvent être utilisés pour surmonter l'infécondité chez les femmes qui sont dépourvues d'ovaires, dont la fonction ovarienne est diminuée ou qui sont atteintes d'une maladie génétique ou ont des antécédents de maladie génétique.

Il reste cependant que le don d'ovules est beaucoup plus compliqué que le don de sperme. Outre le fait que l'intervention est fort complexe, les ovules récupérées sont beaucoup plus difficiles à conserver que le sperme. De plus, dans le cas des ovules, il n'existe pas d'entité semblable aux banques de sperme. Les ovules sont utilisés immédiatement après avoir été prélevés et sont fécondés *in vitro*. Les embryons qui en résultent sont plus faciles à conserver que les ovules et peuvent être implantés sur-le-champ ou congelés et conservés pendant une période prolongée.

Les donneuses potentielles d'ovules font l'objet d'une sélection très rigoureuse avant d'être acceptées. La plupart des cliniques exigent de ces femmes :

- un examen physique;
- des tests de dépistage d'agents infectieux;
- des cultures cervicales pour déterminer la présence de maladies transmissibles sexuellement;

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

- un questionnaire sur les antécédents médicaux (personnels et familiaux);
- une évaluation psychosociale pour déterminer la santé des gamètes donnés et évaluer l'impact psychosocial du don de gamètes sur la donneuse.

Au Canada, de nombreuses cliniques spécialisées dans le traitement de la stérilité offrent des services de dons d'ovules. Bien qu'il n'existe aucune loi au Canada qui régisse le don d'ovules, certaines cliniques respectent à la lettre le texte du projet de loi C-47 : Loi sur les nouvelles techniques de reproduction qui est mort au *Feuilleton* lors du déclenchement des élections fédérales de 1997. Cette loi aurait interdit la commercialisation des dons d'ovules. Même, elle n'interdisait pas la pratique des dons d'ovules, la loi aurait interdit le versement de paiements aux donneuses d'ovules anonymes ainsi que la publicité entourant ces services. Certaines cliniques utilisent un système du troc dans lequel les femmes se voient offrir des services de FIV en échange d'un certain nombre de leurs ovules. D'aucuns affirment que cette pratique constitue une exploitation des femmes démunies financièrement. Par contre, les femmes qui subissent une FIV doivent déjà se soumettre à une intervention pour la récupération des ovules, contrairement à des donneuses anonymes qui sont exposées à certains risques sans obtenir d'avantage en retour.

MATERNITÉ DE SUBSTITUTION

La maternité de substitution est également appelée contrat de maternité de substitution ou contrat de mère porteuse, et il s'agit de l'une des catégories de nouvelles techniques de reproduction les plus délicates du point de vue éthique. Bien que cette pratique ne soit pas aussi répandue au Canada qu'aux États-Unis, il y a néanmoins un certain nombre de cliniques canadiennes qui offrent ce service ou des conseils à cet égard. Il existe différentes modalités de maternité de substitution. La mère porteuse peut être inséminée artificiellement avec le sperme du père qui retient ses services, auquel cas elle devient la mère génétique (mère de substitution génétique) de l'enfant, ou elle peut porter un embryon produit par FIV à partir des gamètes du couple qui retient ses services, auquel cas la mère porteuse ne fournit que l'utérus pour la gestation et n'apporte aucune contribution génétique (mère de substitution non

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

génétique). Le contrat de maternité de substitution peut être conclu par l'entremise d'un courtier, d'un avocat et être assorti de frais.

A. Raisons pour lesquelles on fait appel à une mère porteuse

Les femmes qui sont incapables de concevoir au moyen d'autres techniques de reproduction peuvent décider de recourir à une mère porteuse non génétique ou génétique pour avoir un enfant. D'autres maladies ou affections peuvent également empêcher une femme par ailleurs féconde de porter un bébé à terme, par exemple le diabète, certains troubles cardiaques ou une hypertension sévère. Toutefois, la plupart des gens ont aussi entendu parler de cas de mères porteuses auxquelles on avait fait appel simplement parce qu'un couple ne souhaitait pas vivre les désagréments de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Il existe peu de documents, s'il en est, qui nous éclairent sur la proportion des cas qui recourent à ces services pour chacune de ces raisons ou d'autres.

B. Accords commerciaux et non commerciaux

Ces deux catégories de maternité de substitution distinguent bien la pratique purement altruiste de l'entente commerciale. Dans les accords commerciaux, la mère porteuse est rémunérée pour ses services sous forme de rétribution et d'indemnité. En revanche, dans les accords non commerciaux, qui sont souvent conclus entre des membres d'une même famille ou des amis intimes, une femme offre de porter l'enfant d'une autre et il n'y a ni contrat ni rétribution.

C. Mère porteuse génétique et non génétique

Une mère porteuse génétique fournit essentiellement son propre ovule et est inséminée avec le sperme de l'homme qui a retenu ses services. Sous une forme ou sous une autre, ce type de maternité de substitution a cours depuis le début des temps. Les femmes qui ont subi une hystérectomie, qui ont un certain âge ou encore qui vivent une ménopause prématurée peuvent décider de faire appel à une mère porteuse génétique.

Dans le cas d'une mère porteuse non génétique, on introduit un embryon dans son utérus après la FIV. L'embryon est produit à partir de l'ovule et du sperme du couple qui retient

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

ses services ou, dans certains cas, de gamètes provenant d'un don. Un couple peut décider de faire appel à une mère porteuse non génétique lorsque la femme est dépourvue d'utérus ou qu'elle est incapable de mener une grossesse à terme. Les taux de réussite de la grossesse sont généralement plus élevés dans le cas de l'insémination artificielle que dans celui de la FIV et, par conséquent, la maternité de substitution génétique connaît généralement plus de succès que la maternité de substitution non génétique.

D. Questions soulevées par la maternité de substitution

1. Arguments à l'encontre des contrats de maternité de substitution

La maternité de substitution est une pratique beaucoup plus répandue aux États-Unis qu'au Canada. Aussi, les arguments à l'encontre de cette pratique s'inspirent-ils souvent de l'expérience américaine. Ainsi, certaines personnes sont d'avis que les contrats de maternité de substitution, en particulier les contrats de nature commerciale, risquent d'entraîner l'exploitation des femmes. En général, ces contrats sont conclus entre des couples d'un certain âge qui sont instruits et à l'aise financièrement et des jeunes femmes peu instruiteset pauvres. D'aucuns estiment que cette pratique entraînera l'exploitation des femmes qui seront attirées par la rémunération offerte mais ne seront pas en mesure d'évaluer les risques à la fois physiques et psychologiques d'une telle grossesse. L'expérience américaine porte également à croire que des femmes pourraient être « importées » d'autres pays uniquement pour servir de mères porteuses après quoi elles seraient renvoyées dans leur pays.

Une autre question soulevée par ceux qui s'opposent à cette pratique est la « marchandisation » des bébés. En effet, ils soutiennent qu'un contrat commercial de maternité de substitution n'est rien de plus qu'une transaction commerciale dans laquelle l'enfant est un produit vendu par la mère porteuse et acheté par le couple ou la personne faisant appel à ses services. Nombre de personnes croient qu'inévitablement ces couples qui ont fait appel à des mères porteuses refuseront d'accepter le nourrisson si celui-ci ne satisfait pas à leurs exigences.

Certains considèrent les contrats de maternité de substitution comme un moyen de commercialiser la reproduction. La pratique tente d'attacher une valeur commerciale au processus de reproduction et, par extrapolation, à la capacité de reproduction d'une femme. Ceux qui dénoncent la maternité de substitution estiment que la commercialisation de la

reproduction, entre autres questions, est dommageable pour les individus, la famille et la société. Ils estiment que la légitimation de cette pratique porterait atteinte au caractère sacré de la vie.

2. Arguments en faveur des contrats de maternité de substitution

L'un des arguments invoqués en faveur de la maternité de substitution est que cette pratique représente une option précieuse pour les femmes qui sont médicalement incapables de porter un enfant. Plusieurs estiment que la maternité de substitution représente tout simplement un autre moyen de traiter l'infécondité. D'autres sont d'avis que les couples ont le droit de se reproduire sans l'intervention du gouvernement et qu'une femme peut choisir d'être mère porteuse si elle fournit un consentement éclairé.

Certaines personnes estiment qu'il faut faire une distinction entre les contrats commerciaux et les ententes non commerciales. Elles affirment que bien que les contrats commerciaux de maternité de substitution soient peut-être inacceptables, la pratique altruiste devrait être autorisée si elle n'entraîne pas la « marchandisation » des bébés et qu'elle n'exploite pas les femmes démunies comme les contrats commerciaux.

E. Réglementation de la maternité de substitution au Canada

À l'heure actuelle, la maternité de substitution n'est pas réglementée au Canada. Bien que cette pratique soit légale ici, les cliniques de traitement de la stérilité conseillent à leurs clients de consulter un conseiller juridique avant de conclure un contrat de maternité de substitution. En l'an 2000, Santé Canada a produit un document de discussion décrivant les pratiques qu'on se proposait d'interdire dans un projet de loi sur les techniques de reproduction. Ces pratiques engloberaient les contrats commerciaux de maternité de substitution, qu'il s'agisse de la pratique elle-même, de la publicité entourant cette pratique ou de toute intervention de la part d'un courtier ou d'un avocat dans un tel contrat. À l'heure actuelle, tout contrat conclu en vue d'un accord commercial de maternité de substitution est assujetti au droit des contrats.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

CHRONOLOGIE DES MESURES PRISES AU CANADA RELATIVEMENT AUX NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION

Depuis la publication en 1993 du rapport de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, le gouvernement fédéral a pris plusieurs mesures, mais peu d'entre elles ont donné lieu à des mesures réglementaires. Ces mesures englobent :

1993-1996 – Un Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les techniques de reproduction et de génétique (TRG) est créé pour conseiller les sous-ministres de la Santé.

1995 – On annonçe un moratoire provisoire touchant certaines TRG particulières; ce moratoire volontaire s'applique à l'achat et la vente d'ovules, de sperme et d'embryons, aux dons d'ovules en échange de services de fécondation *in vitro*; aux modifications génétiques des cellules germinales; au clonage d'embryons humains, à la récupération d'ovules chez des cadavres et des fœtus, etc.

1996 – Un Comité consultatif sur les techniques de reproduction et de génétique est établi pour conseiller Santé Canada relativement à l'observance du moratoire et à d'autres développements dans le domaine.

1996 – Le *Règlement sur la transformation et la distribution du sperme destiné à la procréation médicalement assistée* est mis en application.

1996 – Le projet de loi C-47 : Loi sur les techniques de reproduction humaine et de manipulation génétique, est déposé afin d'interdire les pratiques de TRG inacceptables, telles que la commercialisation des gamètes et des embryons, la maternité de substitution, le clonage, la sélection du sexe pour des raisons non médicales, la conservation des embryons à l'extérieur de l'utérus, la récupération des gamètes chez des cadavres, le transfert d'embryons entre des humains et d'autres animaux, la recherche sur des gamètes et des embryons sans le consentement du donneur, etc.

1996 – Le ministre de la Santé rend public un document de discussion intitulé *Les nouvelles techniques de reproduction et de génétique : fixer et protéger la santé*, dans lequel il propose un cadre réglementaire pour l'élaboration de normes nationales sur les pratiques jugées permissibles, telles que la fécondation *in vitro*, l'insémination avec du sperme de donneur, l'utilisation de tissus fœtaux, la conservation et le don de gamètes et d'embryons et la recherche sur les embryons, y compris le diagnostic préimplantatoire.

1997 – Le projet de loi C-47 meurt au *Feuilleton* lors du déclenchement des élections fédérales de 1997.

1997 – Le Canada signe la Déclaration universelle de l'UNESCO sur le génome humain et les droits de l'homme qui fait écho à la position du G7 concernant la nécessité d'interdire le transfert du matériel nucléaire des cellules somatiques en vue du clonage humain.

1998 – Énoncé de politique des trois conseils *L'éthique de la recherche avec des êtres humains* élaboré par le Conseil de recherches médicales, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie et le Conseil de recherches en sciences humaines.

1999 – Santé Canada rend public un document de synthèse sur les techniques de reproduction et de génétique (TRG) afin de faire avancer la discussion concernant l'approche envisagée et la gestion d'un cadre réglementaire.

2000 – Mise à jour des lignes directrices sur le don de sperme.

2000 – Santé Canada rend public un document de consultation au sujet des nouvelles mesures législatives envisagées concernant les TRG.

CONCLUSION

Ce document a présenté un aperçu de la situation concernant le don de gamètes et les contrats de maternité de substitution. S'il est vrai que le don de sperme et les contrats de maternité de substitution, sous diverses formes, sont des pratiques qui existent depuis un certain temps, le don d'ovules constitue en revanche une option relativement nouvelle. Au Canada, à l'heure actuelle, le don et la conservation de sperme constituent la seule de ces pratiques qui soit réglementée et assujettie à la *Loi sur les aliments et drogues*.

RÉFÉRENCES CHOISIES

Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, *Un virage à prendre en douceur*, rapport final, ministre des Services gouvernementaux du Canada, 1993.

Norris, Sonya, *Infertilité : Prévalence, causes, tendances et traitements*, EN BREF (PRB 00-32F), Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 2 janvier 2001.

Santé Canada, « Risques potentiels de transmission de maladies par le sperme de donneurs », communiqué, juillet 1999.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

Santé Canada, Programme des produits thérapeutiques, *Guide d'interprétation des sections 2 à 5 du document de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, insémination thérapeutique avec du sperme de donneur, lignes directrices de l'an 2000*, 25 mai 2000.

Site Web du Genesis Fertility Centre à l'adresse : www.genesis-fertility.com

Site Web de Advanced Reproductive Technologies à l'adresse : www.baby-makers.com